Aus der ginäkologischen Klinik zu Bonn.

Ueber

Recidive des Uteruscarcinomes.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der

hohen medicinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

im Januar 1894

eingereicht von

Felix Kuborn

aus Luxemburg.

BONN,

Druck von Ernst Heydorn.



Meinen lieben Eltern

in dankbarer Verehrung gewidmet.



In der gesammten Pathologie besitzt die Lehre von den Geschwülsten, besonders von den malignen, eine grosse Wichtigkeit. Die malignen Geschwülste zeichnen sich dadurch aus, dass sie einmal leicht in das Nachbargewebe übergreifen, dann leicht nach der Exstirpation recidivieren und drittens sich leicht im gesammten Körper verbreiten, also Metastasen bilden. Von diesen malignen Geschwülsten tritt das Carcinom besonders häufig auf. Während nach Gusserow (Klin. Vorträge 18. p. 119) Geschwülste beim männlichen Geschlechte häufiger sind, zeigt das Carcinom eine Vorliebe für das weibliche Geschlecht und zwar werden die Frauen nach der Simpson'schen Statistik (Schroeder, Handb. der weibl. Geschlechtsorg., Aufl. 10 pag. 341) dreimal häufiger befallen als Männer. Von allen Frauen, die an Carcinom zu Grunde gehen, stirbt nach Schroeder der dritte Teil an Uteruskrebs,

nach M. d'Espine 25,0%
„ Virchow 18,5%.

Von Uteruskrebs im weitern Sinne ist wieder das Portiocarcinom bedeutend häufiger.

Was das Alter anbelangt, in dem die Frauen vom Uteruscarcinom ergriffen werden, so nimmt die Zahl der erkrankten Personen gegen das Klimacterium zu, obgleich die Anzahl der in diesem Alter lebenden Frauen sehr erheblich abnimmt. Nach dem Klimacterium nimmt die Zahl der Carcinomerkrankungen schnell ab. Jugend schützt vor Carcinom nicht, ja selbst vor dem 20. Lebens-

jahre werden Frauen davon ergriffen, allerdings äusserst selten.

Das höhere Alter kann eine Ursache für die Entstehung des Carcinomes abgeben. Thiersch nimmt an, dass in vorgerückter Altersperiode die Wachstumsvorgänge der epithelialen Organe mancher Standorte energischer von Statten gehen als diejenigen des Stromas. In ähnlicher Weise bezeichnet Boll die Carcinomentwickelung als den in der Involutionsperiode wieder ausbrechenden „Grenzkrieg zwischen Epithel und Bindegewebe". Es mag damit seine Richtigkeit haben. Das Alter setzt die Lebensenergie der Zellen herab, wie es auch Gemüthsaffecte und schlechte äussere Verhältnisse thun. Scanzoni legt ätiologisch auf vorausgegangene deprimierende Gemüthsaffecte einen sehr hohen Werth; jedenfalls tritt der Einfluss derselben in einzelnen Fällen schlagend hervor. Schröder fügt hinzu, dass dem Druck und der Not äusserer Verhältnisse eine ätiologisch sehr wichtige Rolle zukommt.

Für die Entstehung des Carcinoms kann auch nach Birsch-Hirschfeld die Mitwirkung einer ausserhalb des Körpers entstandenen, durch Microorganismen repräsentierten Ursache nicht von vorne herein zurückgewiesen werden, besonders wenn noch obige angeführte Momente mit im Spiele sind.

Virchow glaubt für die Geschwulstbildung an einen Reiz „irritamentum" auf die Gewebselemente, sei es nun ein mechanischer, physikalischer oder chemischer. Der Uebelstand ist nur der, dass man den Reiz nicht immer nachweisen kann.

Gegenüber Virchow steht die Cohnheim'sche Theorie. Er ist der Ansicht, dass die Gewebe des Körpers überhaupt nicht auf Reize reagieren; er sucht durchzuführen, dass überall, wo Geschwülste vorhanden,

sie von embryonalen Keimen herstammen, also congenitale Erkrankung darstellen.

Die Cohabitation scheint keinen Einfluss zu haben, denn die Prostituierten haben keineswegs Neigung zum Uteruskrebs. Ausserdem stellt sie einen physiologischen Vorgang dar und es wäre merkwürdig, wenn ein solcher ohne andere Ursachen dem betreffenden Organismus Schaden zufügen sollte! Auffallend ist, dass so selten die Urethra der Sitz des primären Carcinoms ist.

Fritsch unterscheidet mit Ruge und Veit klinisch drei Arten des Carcinoms des Uterus. Zunächst finden sich bei intacter Schleimhautoberfläche der Portio breitbasig aufsitzende, carcinomatöse Polypen, ferner an gleicher Stelle Knoten, welche der Portio eine allmählich mehr und mehr rundliche Gestalt geben. Zu dem Portiocarcinom gehört das sog. „Blumenkohlengewächs.“

Bei der zweiten Form, dem Cervixcarcinom, geht die Erkrankung von der Innenfläche des Cervix aus und verwandelt den Cervix in einen Trichter durch Zerfall der Gewebselemente des Cervicalcanales.

Die dritte Form endlich ist das Uteruscarcinom κατ᾽ ἐξοχήν oder das Carcinoma corporis uteri.

Das Uteruscarcinom in allgemeinem Sinne ist zunächst eine rein locale Erkrankung und macht als locale Erkrankung auch locale Symptome; erst später allgemeine.

Im Beginne des Leidens fehlen alle Symptome, erst allmählich stellen diese sich ein. Nur bei oberflächlichem Cancroid tritt schon frühzeitig Ausfluss, mitunter auch Blutung ein. Nicht selten (Fritsch, Krankheiten der Frauen) berichten die Frauen, dass schon seit längerer Zeit die Menstruation auffallend stark und langdauernd war, dass auch in der intermenstruellen

Zeit öfter Blut abging, oder dass der Typus der Menstruation völlig verschwunden sei. Da nun die Carcinome sich meist im Klimacterium einstellen, so werden die Patientinnen im Anfang nicht beunruhigt. Manchmal glauben die Kranken, die sich schon im Klimacterium befinden, bei Eintritt einer carcinomatösen Blutung, die Periode sei wiedergekehrt.

Auch können Blutungen eintreten bei schwerem Stuhl, nach der Cohabitation, bei körperlichen Anstrengungen. Allerdings können Blutungen bei scirrhösen Formen ganz fehlen. Später kommt nach Schroeder ein jauchiger Ausfluss von stinkendem, mitunter wahrhaft entsetzlichem Geruch hinzu. Im Beginn fehlen die Schmerzen oder sind ganz gering. Erst mit der Infiltration des Beckenbindegewebes treten die heftigsten Schmerzen auf. Ferner können Uteruskoliken entstehen, wenn durch Neubildungen des Cervix der Kanal verengt ist und die Secrete zurückgehalten werden. Ja es können sogar durch Verschliessung des Cervix ziemlich bedeutende Grade von Hämato- und Pyometra entstehen. Der Process schreitet später weiter fort auf die Nachbarorgane, auf die Blase, das Rectum und das Peritoneum.

Selbstredend verlieren die Frauen bei den entsetzlichen Schmerzen in der durch den jauchigen Ausfluss verpesteten Atmosphäre Lebenslust und Appetit und können so ganz kachectisch werden. Von der Gesellschaft werden sie gemieden; die nächtliche Ruhe ist ihnen geraubt. Da kommt häufig ein Umstand wie ein rettender Engel, der im Schlussact der Tragödie die entsetzlichen Leiden erleichtert. Die carcinomatösen Massen umklammern die Ureteren, es entstehen urämische Zustände, die Kranken verlieren das volle Bewusstsein und gehen so ihrem Ende entgegen (Schroeder).

Solche Zustände, ein so trauriges Ende können

nur durch eine rechtzeitige Operation verhütet werden. Innere Mittel giebt es nicht. Manche Aerzte waren und sind allerdings der Ansicht, es dürfe bei Uteruscarcinom nicht operiert werden, da die Operation wenig oder gar nichts nütze. Dem ist aber nicht so, die Operation muss ausgeführt werden; selbst wenn nur eine gerettet, nur wenigen das Leben verlängert wird, so hat die Operation schon ihre Berechtigung. Die souveräne Operation ist, wie Schaller sagt, bei Carcinoma uteri die Totalexstirpation per vaginam; als weitere Methoden kommen in Betracht die sacrale und die per laparotomiam, sowie die Amputatio supra- und infravaginalis.

Hier seien nun aus einer Reihe von Jahren die Fälle von operiertem Uteruscarcinom der Bonner Universitäts-Frauenklinik und deren Verlauf mitgeteilt. Sie umfassen den Abschnitt vom 1. Januar 1886 bis 1. September 1892. Während dieser Zeit zeigten sich in der Poliklinik 80 inoperabele Fälle.

Erster Fall.

Frau Sp. aus Kr. b. E., 35 Jahre alt, trat am 24. Februar 1886 in die hiesige Klinik ein.

Dieselbe hat 6 mal geboren, zum letzten Mal vor 13 Monaten. Periode war früher regelmässig, seit einem Vierteljahre traten fast anhaltende Blutungen ein. Schmerzen waren nicht vorhanden.

Die Untersuchung stellt ein beginnendes Carcinom der hintern Muttermundslippe fest. Der Cervix ist frei. Im rechten Parametrium befinden sich einige schmerzhafte Stränge, die jedoch entzündlicher Natur zu sein scheinen. Es wird daher am 27. Februar die hohe Amputation der Portio vaginalis mit Eröffnung des Douglas'schen Raumes gemacht, wobei vorübergehend eine Darmschlinge sichtbar wurde.

Während der Heilung hatte sich hinter der Verwachsungsstelle von Uterusstumpf und Scheide ein gut

wallnussgrosser, in die Scheide von rechts und links sich eröffnender, mit stinkendem Eiter gefüllter Herd entwickelt. Die Communication wurde manuell erweitert und mit antiseptischen Ausspülungen behandelt, worauf die Heilung glatt erfolgte und die Patientin am 26. März 1886 entlassen werden konnte.

Nach dem brieflichen Berichte im November 1893 des die Patientin behandelten Arztes ist ein Recidiv nicht aufgetreten, die Digitaluntersuchung ergiebt keine neue Erkrankung; das Allgemeinbefinden ist ein sehr gutes.

Zweiter Fall.

Frau D., 34 Jahre alt, aus Aeg. b. H., trat am 9. Juli 1886 in die hiesige Klinik ein.

Dieselbe hat 5 Geburten durchgemacht, letzte Geburt fand vor anderthalb Jahren statt. Seitdem war die Periode zwar stark, aber regelmässig. Seit 2 Monaten treten, ohne dass die Periode ausgeblieben wäre, anhaltende Blutungen auf.

Die Untersuchung ergiebt eine ziemlich grosse Portio mit oberflächlichen carcinomatösen Ulcerationen. Das linke Parametrium ist frei, das rechte ein wenig dicker, aber noch nicht deutlich infiltriert. Der Uterus ist etwas vergrössert.

Es wird die hohe Amputation gemacht. Die hintere Lippe war nahezu frei. Der Verlauf der Heilung ist ein ungestörter und fieberfreier. Am 9. August tritt die Periode wieder ein und dauert 4 Tage. Am 5. August war die Patientin entlassen worden.

Im März 1887 bekommt die Patientin wieder Blutungen; die Periode ist regelmässig dreiwöchentlich. Die Blutungen treten ein namentlich bei starker Arbeit. Auch hat die Patientin Beschwerden beim Wasserlassen, Schmerzen in der Blasengegend. Der Urin ist trüb schleimig.

Bei der objektiven Untersuchung am 14. Juli zeigt sich ein ausgedehntes Recidiv, wesentlich die vordere Lippe und vordere Scheidenwand einnehmend, ein morsches, leicht und stark blutendes Gewebe. Das Einführen des Katheters ist erschwert, der Harn ist trübe, stinkend und enthält zahlreiche, gelbliche Flöckchen. Das Carcinom hat offenbar die Blase ergriffen.

Die Gewebsmassen werden mit dem Finger mög-

lichst entfernt, mit besondererVorsicht an der vorderen Wand. Es entsteht eine enorme Blutung, die mit Ferrum caudens nicht ganz gestillt werden kann, es wird daher tamponiert. Bis zum 20. Juli wird die Patientin catheterisiert, von da ab spontanes Urinieren. Am 23. tritt wieder eine leichte Blutung ein, die durch Jodoformgaze-Tamponade gestillt wird. Am 26. Juli 1887 entlassen.

Die Frau ist nach dem brieflichen Bericht des Gatten unter furchtbaren Schmerzen am 4. Januar 1888 gestorben.

Dritter Fall.

Wittwe K. aus B., 39 Jahre alt, trat am 11. September 1886 in die hiesige Klinik ein.

Dieselbe hatte 4 mal geboren, zum letzten Mal vor 9 Jahren. Periode war stets regelmässig bis vor 3 Jahren, seitdem zeigten sich anhaltende Blutungen. Es wird ein Carcinom der Portio festgestellt; die Portio ist knollig, oberflächlich ulceriert, aber noch ziemlich fest. Das rechte Parametrium ist ganz frei, das linke enthält einzelne Stränge ohne Anschwellung. Der Uterus lässt sich bequem nach unten ziehen.

Am 14. September wird die Totalexstirpation per vaginam gemacht. Zunächst wird die Circumcision gemacht und die Blutung sorgfältig gestillt. Partielle Unterbindung links und rechts, nachdem Blase und Peritoneum des Douglas nach oben - geschoben sind, wobei letzteres einreisst. Höhere Unterbindung rechts und links, dann folgt Durchtrennung. Links wird der Finger über das Parametrium übergehakt, Unterbindung, Uterus links frei. Eine ebensolche Ligatur wird auch rechts angelegt; Uterus auch rechts frei. Jetzt wird der Uterus vor die Vulva gezogen und zum Schluss die vordere Peritonealtasche abgebunden. Zwei Suturen, kein Drain. Die Operation verlief mit sehr geringer Blutung und dauerte 1 ¼ Stunde. Die Stiele wurden mit Jodoform bestreut. Tags zuvor war die Scheide mit Sublimat ausgespült und Jodoformgaze eingelegt. Die Wunde heilte, ohne dass Patientin fieberte; Patientin verliess am 8. October die Klinik.

Gemäss brieflicher Nachricht Mitte November 1893 erfreut sich die Frau des besten Wohlbefindens.

Vierter Fall.

Frau Anna R. aus B., 53 Jahre alt, trat am 5. October 1886 in hiesige Klinik ein.

Laut Anamnese hat Patientin 6 mal geboren, zuletzt vor 20 Jahren. Seit 1881 befindet sie sich im Klimacterium, leidet an zunehmenden Rückenschmerzen und gelegentlich Erbrechen. Eine poliklinische Untersuchung ergab am 5. September 1884: Uterusfundus etwas vergrössert, Cervix sehr eng, Sondierung schwierig, sodass dilatiert werden musste. Nach der Sondierung befand sich Patientin besser, erkrankte jedoch am 13. October 1884 plötzlich mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite. Am 18. October wurde bei fehlendem Fieber ein rechtsseitiges parametritisches Exsudat constatiert; es wurden Sitzbäder und Priessnitz verordnet.

Seit 3 Wochen hat Patientin anhaltend etwas blutigen Ausfluss.

Die Untersuchung stellt folgenden Thatbestand fest: Die vordere Muttermundslippe ist stark vergrössert, fühlt sich rauh an, ist von zahlreichen oberflächlich verlaufenden Gefässchen durchzogen, blutet leicht, ist carcinomatös. Die hintere Lippe ist ganz klein. Die Sondierung zur sichern Unterscheidung von vorn und hinten, misslingt. Der Uterus liegt retroflectiert, ist nicht vergrössert. Im rechten Parametrium sind einzelne alte Narben.

Am 7. October wird die hohe Amputation der Portio gemacht. Es zeigt sich, dass das Carcinom bis an die obere Grenze des exstirpierten Stückes heranreicht. Verlauf der Heilung ist fieberlos. Am 13. Januar 1887 ist Patientin von stark knolligen Recidiven befallen.

Eine Person genau desselben Namens wurde im November 1893 in B. noch vorgefunden, dieselbe will aber nicht mit jener A. R. identisch sein und giebt keine Auskunft.

Fünfter Fall.

Frau S. aus E. in B., 50 Jahre alt, trat am 5. Januar 1887 in hiesige Klinik ein.

Die Anamnese ergiebt, dass die Frau 3 mal geboren hat, zuletzt vor 23 Jahren. Bis Frühjahr 1886 war die Periode regelmässig, dann cessierte sie ein halbes Jahr. Seit August 1886 bemerkte Patientin

Blutabgang; anfangs war er nur gering, später wurde er stärker. Hydrastis blieben ohne Erfolg. Am 13. November zeigte die Untersuchung einen vergrösserten Uterus. Das Orificium externum war nur wenig geöffnet, aber leicht dehnbar. Im Cervicalcanal befanden sich traubengrosse Höckerchen von weicher Consistenz; ebensolche im Corpus. Am 11. November wurde curettiert, ebenso am 20. November und 10. December. Die Blutung sistierte vollständig, dagegen trat aber ein fötide riechender, dünneitriger Ausfluss ein. In den Weihnachtstagen waren 2 Tage hindurch starke Blutungen vorhanden.

Es wurde ein wenig ausgebreitetes, weit in den Cervicalkanal reichendes Carcinom der Portio constatiert und am 8. Januar die Totalexstirpation gemacht. Verlauf der Heilung fieberlos.

Laut brieflicher Nachricht des Gatten bekam die Patientin im Mai 1887 ein Recidiv in der rechten Narbeseite und wollte sich am 10. September operieren lassen. Die Operation konnte nicht mehr unternommen werden. Auf der Heimfahrt starb die Patientin an Herzschlag.

Sechster Fall.

Frau Dr. T. aus C. trat am 22. Febr. 1887 in hiesige Klinik ein. Es wurde wegen Carcinom der Portio die hohe Amputation gemacht. Aus der rechten Uterina entsteht eine profuse Blutung. An dem exstirpierten Stück fehlt der Cervicalkanal, wahrscheinlich ist derselbe unterbunden oben zurückgeblieben.

Im November 1893 wollte der Gatte über die Art und Weise und die Zeit des Todes seiner Frau keine Auskunft geben.

Siebenter Fall.

Frau Br. aus D., 52 Jahre alt, trat am 3. Mai 1887 in hiesige Klinik ein.

Anamnese: Patientin ist seit 32 Jahren steril verheiratet und befindet sich seit Sommer 1886 im Klimacterium. Schon seit zwei Jahren bemerkte sie post cohabitionem Blutungen. Sonst sollen Blutungen spontan niemals aufgetreten sein. Ueber besondere Beschwerden hat sie nicht zu klagen. Vergangene Woche liess sie sich durch einen Arzt untersuchen und hatte danach mehrtägige starke Blutungen.

Die Untersuchung ergiebt ein Cancroid der Portio; dieselbe ist stark verdickt, Schleimhaut nach dem Scheidengewölbe intakt. Die Parametrien sind völlig frei. Die Sonde dringt bis 1½ cm über den Knopf ein. Die Lippen sind ulceriert und bluten leicht und heftig.

Am 5. Mai wird die supravaginale Amputation gemacht in der Höhe des Os internum in gesundem Gewebe. Das Uteruscavum ist noch 5 cm lang, das Os internum wird ergiebig discidiert. In der ersten Woche traten empfindliche Schmerzen auf. Wundheilung glatt, sodass Patientin am 19. Mai entlassen werden kann.

Am 27. Januar 1888 Wiederaufnahme wegen Recidivs. Wohlbefinden nach der Operation dauerte bis October, dann stellten sich starke Rückenschmerzen, stinkender Ausfluss und Appetitmangel ein, jedoch keine Blutungen. Patientin wird mit dem scharfen Löffel und Ferrum caudens behandelt und entlassen.

Achter Fall.

Frau P. aus L., 49 Jahre alt, trat in die hiesige Klinik am 15. Mai 1887.

Anamnese: Patientin hatte 9 normale Geburten und fieberlose Wochenbette. Letzte Geburt fand vor 7 Jahren statt. Seit einem Jahre ist die Periode selten, manchmal 3—4 Monate aussetzend; letzte Periode war vor 3 Wochen. Seit 4 Wochen verspürt Patientin Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Zeitweise leidet sie an Stuhlverstopfung.

Status praesens: Die Portio blutet leicht und ist carcinomatös; die äussere Bekleidung der Portio ist intact. Rechts und hinter dem Uterus, mit ihm durch einen Strang verbunden, befindet sich ein ziemlich solider Tumor, der mit der hintern Beckenwand fest verwachsen ist.

Am 23. Mai wird die hohe Amputation der Portio gemacht. Verlauf der Heilung fieberlos. Patientin wird am 11. Juni entlassen; Ende Juli teilt sie brieflich mit, dass sie ein Recidiv bekommen habe.

Neunter Fall.

Frau M., 46 Jahre alt, aus L. a. d. L., trat am 11. December 1887 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Patientin ist seit 15 Jahren steril verheiratet und befindet sich seit 6 Jahren im Klimacterium. Seit October 1887 bemerkte sie nach der Cohabitation Blutung. In den Monaten vorher gelegentlich schon Blutungen. Seit Herbst besteht auch foetider Ausfluss. Patientin ist abgemagert; hat keine Schmerzen. Vor 20 Jahren gebar sie ein aussereheliches Kind.

Status praesens: Die Untersuchung ergiebt ein Carcinoma portionis. Beide Lippen sind ziemlich gleichmässig ergriffen, etwa 1½ cm weit. Der Uterus ist beweglich, das rechte Parametrium vollständig frei, das linke ein wenig verdickt.

Die Totalexstirpation wurde am 14. December 1887 gemacht. Unterbindung der Ligamente mittels der Aneurysmanadel, schichtweise Durchtrennung zuerst links, dann rechts, von oben beginnend. Die Blutung ist ziemlich stark, die Operation schwierig.

Der Verlauf der Heilung langsam und durch Fieber gestört. Die erste Nacht hatte die Patientin sehr grosse Schmerzen. Es floss Harn aus der Scheide ab, vielleicht durch eine Uretherenfistel. Schliesslich war die Scheide völlig verheilt und die Patientin konnte am 22. Januar 1888 in Wohlbefinden entlassen werden. Die weiteren Schicksale der Patientin lassen sich nicht ermitteln, da dieselbe unauffindbar ist.

Zehnter Fall.

Frau F. aus D., 51 Jahre alt, trat am 16. Juni 1888 in die hiesige Klinik ein.

Laut Anamnese hat Patientin 10 mal geboren, die letzte Geburt fand vor 8 Jahren statt. Bei der 7. Geburt vor 14 Jahren wurde der Forceps gebraucht. Danach traten 2 Jahre lang Contracturen des linken Beines auf. Seit 4 Jahren hat das Klimacterium begonnen; seit 8 Wochen treten Blutungen auf, wobei starke Schmerzen im Leibe empfunden werden; auch war stinkender Ausfluss vorhanden.

Status praesens: Der Uterus hat die Grösse, wie er sie sonst im dritten Monat einer Gravidität besitzt. Der Cervix lässt den Finger eindringen; bis in den Cervix reichend findet sich eine ziemlich weiche, bröckelige Geschwulst von carcinomatösem Aussehen. Der Uterus ist ziemlich beweglich; im linken Para-

metrium befindet sich ein derber Strang, der als Exsudat oder Infiltrat gedeutet wird.

Am 18. Juni wird die Laparatomie mit Exstirpation des Corpus uteri gemacht, da der Uterus zu gross erschien, als dass er die vaginale Exstirpation gestattete. Die Ligamente werden unterbunden; es wird kein Schlauch benutzt; Ovarien und Tuben werden mit entfernt. Rechts am Beckenboden entstand eine Blutung, die sonst nicht sehr bedeutend war. Das Corpus uteri wird unterhalb des Isthmus abgetragen; links hinten drangen aus einem Schnitt zur Abschälung des Peritoneums, der sonst gar nicht besonders tief geführt war, Carcinommassen vor und es fielen wohl einige Bröckel trotz grösster Vorsicht in die Bauchhöhle. Die Heilung verlief gut und fast fieberlos; die Patientin konnte am 16. Juli entlassen werden.

Die weiteren Schicksale sind unbekannt.

Elfter Fall.

Frau W. aus M., 41 Jahre alt, trat am 15. August 1888 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese ergiebt: Seit einem halben Jahre ist die frühere, in Abständen von 4 Wochen auftretende fünftägige, mässig profuse Menstruation übergegangen in eine 8tägig profuse Periode, die alle 14 Tage bis 4 Wochen auftritt. Seit 14 bis 20 Tagen besteht eine fast ununterbrochene Blutung.

Status praesens: Es wird ein Carcinom der vorderen Lippe constatiert, das fast ausschliesslich auf diese beschränkt ist und nur links und vorne etwas auf das submucöse Gewebe übergegangen ist. Die Parametrien sind frei. — Es wird am 18. August die hohe Amputation der Portio gemacht.

Die Heilung verläuft ohne Zwischenfälle; die Patientin wird am 27. August entlassen.

Am 22. April 1891 trifft die Patientin nochmals in hiesiger Klinik ein. 11 Monate nach der Operation hatten die Blutungen von neuem begonnen in unregelmässiger Weise. Die Untersuchung ergiebt einen grossen Zerfallskrater, der bis in den Fundus hinauf und links weit in das Parametrium hinein reicht. Es wird die Unterbindung der Arteriae spermaticae gemacht und von der Scheide aus eine Auslöffung ver-

sucht mit nachfolgendem Ferrum caudens; dabei war die Blutung sehr gering. Patientin blieb noch bis zum 15. Mai in der Behandlung und wurde dann mit gutem Allgemeinbefinden entlassen.

Im November 1893 wurde in Erfahrung gebracht, dass Patientin verstorben sei.

Zwölfter Fall.

Frau Br. aus Cöln, 54 Jahre alt, trat am 27. Januar 1890 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Patientin hat 3 normale Geburten durchgemacht; die Wochenbette waren ebenfalls normal. Letzte Geburt fand vor 25 Jahren statt. Vor 15 Jahren abortierte sie mit reichlichem Blutverlust. Vor 4 Jahren trat die Menopause ein. Seit 5 Wochen besteht ein Abfluss von blutiger, übelriechender Flüssigkeit.

Status praesens: Scheide ist noch ziemlich weit; der Uterus anteflectiert, vergrössert und von weichlicher Consistenz; die Länge des Uterus beträgt $9\frac{1}{2}$ cm. Die Parametrien sind frei. Beim Curettement wird eine Menge weisser Geschwulstmassen entleert.

Am 29. Januar Entfernung des Uterus durch die Scheide. Ringförmiger Schnitt um die Portio, Ausschälung mit dem Finger aus dem sehr breiten Bindegewebe zwischen Blase und Uterus einer-, Rectum und Uterus anderseits; schichtenweise Abbindung der Parametrien, sowie der Ligamenta ovarii und der Tuben. Die kleinen Blutungen aus den Stümpfen werden sorgfältig gestillt. Die Naht wird gelegt mitten durch das hintere Scheidengewölbe, Peritoneum, vorderes Scheidengewölbe; ferner noch 2 seitliche Nähte durch die Scheidenwände und die Stümpfe. Vorher noch Austupfen der Peritonealhöhle und Entfernung von sehr wenig Blut. Jodoformgaze-Tamponade von der Peritonealhöhle und Scheide aus. Die Heilung verlief gut. Patientin wurde am 7. März entlassen.

Im November 1893 teilte der Gatte mit, dass seine Gattin unter den grässlichsten Schmerzen am 27. Juni 1890 gestorben sei.

Dreizehnter Fall.

Frau Br. aus L. b. O., 52 Jahre alt, trat am 31. März 1890 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese lautet: Patientin hat acht mal geboren ohne ärztliche Hülfe; auch die Wochenbette verliefen ohne Störung. Letzte Geburt war vor 11 Jahren. Periode war stets reichlich gewesen mit 3—4wöchentlicher Zwischenzeit. Seit 4 Jahren befindet sich die Kranke im Klimacterium. Vor 3 Monaten begannen die unregelmässigen, starken Blutungen, über die Patientin zu klagen hat; einige Monate vorher Ausfluss gelblicher, etwas übelriechender Massen. In den letzten Monaten auch Kreuzschmerzen. Beim Wasserlassen und Stuhlgang sind keine Beschwerden vorhanden.

Status praesens: Abgemagertes Individuum mit blassgelber Gesichtsfarbe. Introitus und Vagina sind eng; Portio verbreitert; vordere Lippe ist hochrot gefärbt und fühlt sich hart an, die hintere Lippe ist ulceriert, die Ulceration geht auf die hintere Scheidenwand über. Beide Muttermundslippen und die obere Partie der hintern Scheidenwand sind mit eingedicktem grau-gelben Secret bedeckt.

Bis zum 4. April wurden täglich reinigende Vaginalirrigationen gemacht. Am 5. April Untersuchung in Narkose. Uterus frei beweglich, Parametrien und Ligamenta sacro-uterina frei. Excision eines Stückes der vorderen Muttermundslippe, dessen mikroskopische Untersuchung typisch carcinomatösen Bau ergiebt. Im rechten Parametrium befindet sich ein etwas derber Strang, der jedoch die Beweglichkeit des Uterus nach unten hin nicht erheblich beschränkt.

Es wird daher am 14. April die Totalexstirpation per vaginam gemacht. Die Heilung verläuft ohne bemerkenswerte Störungen und die Patientin kann am 7. Mai aus der Klinik entlassen werden.

Die ferneren Schicksale der Frau liessen sich nicht weiter verfolgen, da sie durchaus nicht auffindbar ist.

Vierzehnter Fall.

Frau S. aus B., 68 Jahre alt, trat am 14. April 1890 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Früher war die Patientin stets gesund. Sie hat 8 mal ohne Sonderlichkeit geboren. Seit 24 Jahren befindet sie sich im Klimacterium. Patientin will vor einem Jahre gelegentlich grösserer Anstrengung bemerkt haben, wie etwas in der Vulva vorfiel; der

Vorfall ging beim Sitzen und Liegen zurück. Am 4. April dieses Jahres will Patientin nach körperlicher Anstrengung wieder einen Vorfall mit Abgang von einigen Tropfen Blut bemerkt haben.

Status praesens: Die Scheide ist noch ziemlich weit. Die Portio ist verbreitert, fühlt sich hart und knollig an; der äussere Muttermund ist für einen Finger durchgängig und verengt sich nach oben zu trichterförmig. Im Speculum zeigt sich die Portio hochrot verfärbt, von knolliger Beschaffenheit, aber frei von Ulcerationen. Der Uterus ist antevertiert, etwas gross, ziemlich leicht beweglich. Im linken Parametrium befinden sich breitere Stränge und in ihnen eine etwas bewegliche derbe Resistenz von der Grösse einer halben Erbse.

Die hohe Amputation der Portio wird am 25. April gemacht, dabei der Douglas eröffnet, dann alles vernäht. Die entfernten Geschwulstmassen zeigen deutliche carcinomatöse Structur.

Der Verlauf der Wundheilung ist fieberlos und gut; die Patientin wird am 8. Mai entlassen.

Leider ist die Patientin unsern Augen vollständig entschwunden.

Fünfzehnter Fall.

Frau B. aus M.-Gl., 42 Jahre alt, trat am 22. Juli 1890 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Die Patientin ist seit 23 Jahren verheiratet und hat 6 mal geboren, zum letzten Mal vor 13 Jahren. Sämmtliche Geburten verliefen ohne Kunsthülfe, im Wochenbett war keine Erkrankung. Die Periode war bis vor 3 Wochen regelmässig, seitdem litt Patientin täglich an Blutungen mit übelriechendem Ausfluss verbunden. Sie hat über keine Schmerzen zu klagen.

Status praesens: In die Scheide ragt vorn herein ein apfelgrosses, blumenkohlartiges Gewächs, das von der Portio ausgeht, weich und zerklüftet ist und sehr leicht blutet. Oberhalb desselben ist die Portio in der ganzen Circumferenz glatt. Der Uterus ist anteflectiert, am Corpus nichts Abnormes, die Parametrien sind nicht infiltriert.

Am 26. Juli wird die hohe Amputation der Portio gemacht; dabei wird von der hintern Lippe ein bedeu

tend grösseres Stück abgetragen als von der vordern. Die Abtragung geschah in vollständig gesundem Gewebe. Bei der Abtragung der hintern Lippe wird der Douglas'sche Raum in einer Breite von circa 3 cm eröffnet. Beim vorangehenden Curettement wird aus dem Corpus uteri nichts entleert.

Der Verlauf der Wundheilung war ein guter, nur an einem Abend stieg die Temperatur über 38°. Während 4 Tagen musste die Kranke katheterisiert werden. Am 3. August wurde die Patientin entlassen.

Am 13. October 1890 findet sich die Kranke wieder in der Klinik ein; dieselbe wird mit scharfem Löffel und Ferrum caudens behandelt und am 26. Oktober wieder entlassen.

Sechszehnter Fall.

Frau d. W. aus M.-Gl., 47 Jahre alt, trat am 19. October 1890 in die hiesige Klinik ein.

Es wird ein Carcinoma corporis uteri diagnosticiert.

Der Uterus wurde am 20. October per vaginam total exstirpiert; rechts neben dem Uterus befand sich eine vergrösserte Lymphdrüse.

Die Patientin wurde am 20. November 1890 entlassen.

Im November 1893 wurde brieflich mitgeteilt, dass die betreffende Frau seit der Operation das Bett hüten musste und am 26. September 1891 einem qualvollen Tod erlegen sei.

Siebzehnter Fall.

Frau L. aus B., 46 Jahre alt, trat am 26. Januar 1891 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Als Mädchen hat Patientin an Nervenfieber gelitten, der Vater starb an Carcinoma ventriculi, die Mutter an Phthise. Die erste Periode trat im 15. oder 16. Jahre ein in vierwöchentlichen Abschnitten, 5—7 Tage dauernd und reichlich, ohne grössere Beschwerden.

Mit 24 Jahren heiratete sie, gebar 9 mal, abortierte 2 mal; die letzte Geburt war vor 6 Jahren. Geburten verliefen ohne ärztliche Hülfe, Wochenbette ohne Erkrankung.

Im August 1890, gelegentlich einer Reise, kurz nach der Periode, trat eine 5 Tage anhaltende, starke Blutung ein mit Blutklumpen. Bis in den Januar dieses Jahres will sie wieder regelmässige Perioden gehabt haben ohne Blutungen ausserhalb derselben. Seit 14 Tagen hat sie wieder Blutungen mit Abgang von Klumpen.

Seit einigen Monaten will die Kranke stark abgemagert sein. Ausser gelegentlichen Magenschmerzen hat sie im Leibe keine Beschwerden.

Status praesens: Blasse Frau in schlechtem Ernährungszustand. Portio allseits erhalten, Orificium externum mit scharfen, unregelmässigen Rändern versehen, für den Finger durchlässig; Cervicalcanal trichterförmig, Uterus antevertiert, nicht vergrössert. Parametrien anscheinend frei.

Am 31. Januar 1891 wird die Totalexstirpation gemacht, wobei die linke Tube und ein Teil des linken Ovarium mit entfernt wird.

Heilverlauf mit leichtem Fieber. Am 24. Februar wird Patientin entlassen.

Laut brieflicher Nachricht Mitte November 1893 befindet sich Patientin wohl.

Achtzehnter Fall.

Frau S. aus D., 44 Jahre alt, trat am 3. März 1891 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Seit 22 Jahren ist Patientin verheiratet, hat 12 normale Geburten und Wochenbette durchgemacht; zwischen der 10. und 11. Geburt war abortiert worden im 4. Monat; letzte Geburt fand statt vor 17 Monaten. Periode war früher stets regelmässig. Nach den letzten Geburten erschien die Periode wieder 3 oder 4 mal, sistierte dann wieder 3 Monate. Seitdem leidet die Kranke an unregelmässigen, stets zunehmenden Blutungen mit Abmagerung und zunehmender Schwäche.

Status praesens: Ziemlich kräftig gebaute, mässig gut genährte Brünette. Vulva und Vagina sind sehr schlaff. Uterus steht tief, antevertiert, ist verlängert und verdickt, leicht beweglich. Die Parametrien sind frei, die Ovarien liegen tief und sind vergrössert, leicht beweglich.

Am 4. März wird ein Probecurettement gemacht; die entfernten Stücke zeigen carcinomatösen Bau.

Am 9. März Totalexstirpation des Uterus durch die Scheide. Die linke Tube wird mitgenommen, sowie das rechte Ovarium und eine rechtsseitige cystöse Endhydatide.

Die Patientin wird am 5. April entlassen.

Am 12. November 1893 stellt sich die Patientin in der Klinik vor, sie sieht wohl aus und hat sich stets wohl befunden.

Die Narbe ist absulut glatt, nirgendwo sind Häute oder Verdickungen in der Narbe zu fühlen.

Neunzehnter Fall.

Frau G. aus L., 39 Jahre alt, trat am 21. Mai 1891 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese. Vor 18 Jahren heiratete Patientin und machte 3 normale Geburten und Wochenbette durch. Vor 2¼ Jahren abortierte sie im 4. Monat, was durch Kunsthülfe beendet wurde. Periode war früher regelmässig. Seit 3 Monaten treten atypische Blutungen auf mit riechendem Ausfluss. Im Jahre 1889 wurde sie luetisch inficiert.

Status praesens. Carcinoma cervicis, Parametrium bis auf eine kleine, vergrösserte Lymphdrüse neben dem Uterus frei.

Am 26. Mai wird die Totalexstirpation per vaginam gemacht. Bei der Exstirpation wird das linke, sich in die Wunde vorwölbende Ovarium mit der linken Tube ebenfalls entfernt.

Heilung unter leichtem Fieber.

Am 1. Juli wird die Patientin in die poliklinische Behandlung entlassen, da noch einige Fäden in der Narbe sind. Nach 3 Monaten ein Recidiv.

Im November 1893 konnte nur in Erfahrung gebracht werden, dass die Patientin am 14. Januar 1892 gestorben sei.

Zwanzigster Fall.

Frau G. aus H, 47 Jahre alt, trat am 6. Juni 1891 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Patientin heiratete vor 26 Jahren; zwei normale Geburten und Wochenbette, letzte Geburt

vor 22 Jahren. Die Periode war früher regelmässig, vierwöchentlich, nicht besonders reichlich und ohne Schmerzen. Seit $3\frac{1}{2}$ Monaten traten 14tägige Blutungen ein, die seit einiger Zeit atypisch geworden sind. Allmähliche Kräfteabnahme. Kranke will früher stets gesund gewesen sein.

Status praesens: Carcinoma cervicis. Scheidenschleimhaut an der Portio überall noch in der Breite von $\frac{1}{2}$ bis 1 cm erhalten. Uterus frei beweglich, linkes Ovarium tief liegend. Parametrien noch frei.

Am 9. Juni wird der Uterus per vaginam total exstirpiert. Die Neubildung hat das Corpus uteri noch nicht ergriffen.

Heilung verlief ohne Störung; Patientin wurde am 8. Juli entlassen.

Am 24. Juli erscheint Patientin wieder in der Klinik und klagt über stetiges Harnträufeln aus der Vagina. Die Untersuchung ergiebt, dass der Harn aus der oberen, hintern Vaginalwand stammt. Die Blasenscheidefistel wird operiert und die Patientin am 15. August geheilt entlassen.

Am 13. October 1891 zeigt sich Patientin wieder mit einem Recidiv im rechten Wundwinkel.

Einundzwanzigster Fall.

Frau R. aus S., 33 Jahre alt, trat am 19. Juli 1891 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: 8 normale Geburten mit normalen Wochenbetten; 2 Kinder rhachitisch, die andern 4 haben spät laufen gelernt. Letzte Geburt war vor 4 Monaten mit normalem Verlauf. Seitdem bestehen atypische Blutungen, die alle paar Tage auftreten. Periode noch alle 4 Wochen von 3 tägiger Dauer; darnach Schmerzen; Klumpen gingen nicht ab, Blutungen treten meist nach der Cohabitation auf. Seit 3 Monaten stärkere Blutungen, Abgang von Stücken, ohne Schmerzen, Periode ist nicht mehr deutlich abgegrenzt. Verfall der Körperkräfte. Patientin will eine gelbe Verfärbung der Gesichtsfarbe bemerkt haben.

Seit 4 Wochen haben sich die Blutungen noch verstärkt.

Status praesens: Vor der vordern Muttermundslippe im rechten Scheidengewölbe bis hinter den Uterus sich

hinziehend und demselben pilzartig aufsitzend befindet sich ein harter Tumor. Gegen den Uterus ist derselbe unbeweglich, gegen das Becken nicht.

Am 22. Juli wird die vaginale Totalexstirpation gemacht. Carcinoma cervicis, das auf die Scheide übergegriffen hat. Im Fundus ein interstitielles, pflaumengrosses Myom. Während der Operation starker Blutverlust. Transfusion mit Kochsalz, Aether-Camphereinspritzung.

Heilung verläuft zunächst ohne Fieber, dann einige Tage leichtes Fieber. Patientin wird am 28. August 1891 entlassen.

Gemäss brieflicher Nachricht von Seiten der Patientin im November 1893 befindet dieselbe sich ganz wohl.

Zweiundzwanzigster Fall.

Frau K. aus K., 33 Jahre alt, trat am 25. Juli 1891 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Vor 11 Jahren Laparotomie wegen einer Blutgeschwulst im rechten Eierstock. 7 Geburten; 3 ausgetragene, 4 Früh-Geburten. Letzter Abort am 9. November 1890; Alter der Frucht 3 ½ Monat; dabei grosser Blutverlust, Placenta von der Hebamme gelöst. 8 Tage darauf soll die Periode eingetreten sein, von 14tägiger Dauer mit dünnflüssigem, reichlichem Blut. Dann alle 4 Wochen Periode, regelmässig und geringer wie früher. Seit 5 Wochen hat die Patientin fast anhaltend „Periode“ mit Schmerz, dabei gehen Stücke ab. Vor 3 Wochen will sie curettiert und mit Holzessig behandelt worden sein. Seitdem ist sie in ärztlicher Behandlung. Schmerzen traten beim Stuhlgange ein.

Status praesens: Carcinoma cervicis. Die Oberfläche der Cervixschleimhaut bis in die Nähe des Isthmus ist carcinomatös. Rechtes Parametrium etwas verdickt, scheinbar Infiltration.

Am 10. August wird die Totalexstirpation gemacht. Da die Eierstöcke während der Operation nicht zu Gesichte kamen, so wurden sie nicht mit entfernt.

Heilung verlief glatt, Patientin wurde am 7. September entlassen.

Laut brieflicher Nachricht erfreut sich die Patientin der besten Gesundheit. Essen und Trinken schmeckt ihr vorzüglich, ja, sie ist sogar heiratslustig.

Dreiundzwanzigster Fall.

Frau K. aus K., 50 Jahre alt, trat am 15. Dezember 1891 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Patientin hat 11 mal normal geboren, letzte Geburt war vor 8½ Jahren. Seit 1 Jahre ist die Menopause eingetreten. Seit 3 Wochen verliert die Kranke Blut. Dabei ist Abmagerung und Kräfteverfall vorhanden.

Status praesens: Stark abgemagerte, anämische Blondine. Vulva und Vagina sind senil verändert, Portio ist ziemlich gross und hart, auf ihr eine papilläre Erosion, welche bei Berührung leicht blutet; Uterus lässt sich gut herabdrücken. An den Ligamenten sind keine Veränderungen zu fühlen, das Ligamentum sacro-uterinum ist etwas gespannt. Am 16. December wird ein kleines Stückchen excidiert und microscopisch untersucht. Es ist Carcinom.

Deshalb wird am 19. December die hohe Amputation der Portio gemacht. Blutung aus der linken Arteria uterina macht mehrere Umstechungen nötig.

Heilung verläuft mit leichter Temperaturerhöhung. Patientin am 29. Januar 1892 geheilt entlassen.

Patientin stellt sich am 17. Mai 1892 wieder vor, da sie über Schmerzen in der Wirbelsäule zu klagen hat, die bis zum Gesäss ausstrahlen und im Leibe brennen.

Die Untersuchung ergiebt Infiltration beider Parametrien, Muttermund fühlt sich weich und zerklüftet an, die Haut ist überall glatt, im rechten Wundwinkel kleine Granulationen. Die kleinen Granulationen werden geätzt und Ausspülungen verordnet. Patientin wird entlassen.

Laut brieflicher Nachricht befindet sich die Patientin in einem leidlichen Zustand. Nach ihrer Angabe wäre sie nicht ganz hergestellt, aber bedeutend gebessert. Sie hat beständig starke Schmerzen unten im Rücken und Brennen im Unterleib.

Vierundzwanzigster Fall.

Frau S. aus B., 38 Jahre alt, trat am 28. Mai 1892 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Patientin hat 2 mal geboren; im letzten Wochenbett vor 13 Jahren will sie Fieber und Schmerzen

in der linken Seite gehabt haben. Periode war früher stets regelmässig, 8tägig und ziemlich reichlich. Seit 2 Monaten leidet die Kranke an viel Blut- und Schleimabgang (wässerige Massen).

Status praesens: Carcinom portionis. Uterus ist frei beweglich. Die Neubildung hat beide Lippen bis fast an den Formix (bes. hinten) ergriffen. In den Parametrien sind keine Infiltrationen fühlbar.

Am 1. Juni wird die Exstirpatio uteri vaginalis vorgenommen. Die Ovarien sind dabei nicht entfernt worden.

An einigen Tagen während der Heilung mittleres Fieber. Patientin wird am 8. Juli entlassen.

Nach 5 Monaten war eine Recidiv vorhanden.

Fünfundzwanzigster Fall.

Fr. v. O., 59 Jahre alt, trat am 17. Juli 1892 in die hiesige Klinik ein.

Anamnese: Seit 11 Jahren befindet sich die Patientin im Klimacterium. Seit einem viertel Jahre leidet sie an atypischen Blutungen. Curettement ergab Carcinom des Uteruskörpers.

Status praesens: Mittelgrosse, kräftig gebaute Brünette. Uterus retroflectiert, Corpus ist etwas verdickt, die Höhle weich.

Am 18. Juni wird die Exstirpatio uteri vaginalis vorgenommen. Durch die enge, senile Scheide ist die Operation sehr erschwert. Ovarien werden nicht mit entfernt. Beim Versuche den Körper des Uterus herumzuheben, trifft die Zange das an der hinteren, schon morschen Wand befindliche Carcinom.

Heilung verläuft ziemlich fieberlos. Patientin wird am 20. Juli entlassen.

Laut brieflicher Nachricht im November 1893 ist die Patientin vollauf gesund.

Folgende Tabelle diene zur Uebersicht.

Nr.	Name	Alter	Carcinoma	Operation	am	Gesund oder Rec.	Ferneres Schicksal
1	Frau Sp. aus Kr. b. E.	35	port.	h. Amput.	27. 2. 1886	ges.	—
2	Frau D. aus Aeg. b. H.	34	port.	h. Amput.	12. 7. 1886	Rec. 15. 7. 1887	† 4. 1. 1888.
3	Wittwe K. aus B.	39	port.	Totalexst. vag.	14. 9. 1886	ges.	—
4	Frau R. aus B.	53	port.	h. Amput.	7. 10. 1886	Rec. 13. 1. 1887	unbekannt.
5	Frau S. aus E. in B.	50	port. et cerv.	Totalexst. vag.	8. 1. 1887	Rec. Mai 1887	† 10. 7. 1887.
6	Frau T. aus Cr.	?	port.	h. Amput.	23. 2. 1887	Rec. 1 Jahr	† wann?
7	Frau Br. aus D. a. d. R.	52	port.	h. Amput.	5. 5. 1887	Rec. Januar 1888	† 27. 1. 1888.
8	Frau P. aus L.	49	port.	h. Amput.	23. 5. 1887	Rec. Ende Juli 1888	† wann?
9	Frau M. aus L. a. d. L.	46	port.	Totalexst. vag.	14. 12. 1887	—	unbekannt.
10	Frau F. aus D.	51	cerv.	Totalexst. per laparot.	18. 6. 1888	—	unbekannt.
11	Frau W. aus M.	41	port.	h. Amput.	18. 8. 1888	Rec. 12. 4. 1891	† wann?
12	Frau Br. aus C.	54	corp.?	Totalexst. vag.	29. 1. 1890	stets krank, Rec. 3 Mon.*	† 27. 6. 1890.
13	Frau Br. aus L. b. O.	52	port.	Totalexst. vag.	14. 4. 1890	—	unbekannt.
14	Frau S. aus B.	68	port.	h. Amput	25. 4. 1890	—	unbekannt.
15	Frau B. aus M.-Gl.	42	port	h. Amput.	26. 7. 1890	Rec. 13. 10. 1890	unbekannt.
16	Frau d. W. aus M.-Gl.	47	corporis	Exst. ut. vag.	20. 10. 1890	stets krank, Rec. 3 Mon.*	† 26. 9. 1891.
17	Frau L. aus B.	46	cerv.	Exst. ut. vag.	31. 1. 1891	ges.	—
18	Frau S. aus D.	44	corp.	Exst. ut. vag	9. 3. 1891	ges.	—
19	Frau G. aus L.	39	cerv.	Exst. ut. vag.	26. 5. 1891	Rec. August 1891	† 14. 1. 1892.
20	Frau G. aus H.	47	cerv.	Exst. ut. vag.	9. 6. 1891	Rec. 13. 10. 1891	† April 1892.
21	Frau R. aus S.	33	port.	Exst. ut. vag.	22. 7. 1891	ges.	—
22	Frau K. aus K.	33	cerv.	Exst. ut. vag.	10. 8. 1891	ges.	—
23	Frau K aus K.	50	port.	h. Amput.	19. 12. 1891	Rec.? 17. 5. 1892	lebt noch in leidlichem Zustand.
24	Frau S. aus B.	38	port.	Exst. ut. vag.	1. 6. 1892	Rec. November 1892	† 7. 8. 1893.
25	Frau v. O. aus E in S.	59	corp.	Exst. ut. vag.	18. 6. 1892	ges.	—

* Vermutlich.

Von diesen 25 Fällen sind 7 ganz gesund und zwar eine 7 Jahre 9 Monate (die Erhebungen sind im November 1893 gemacht).

1	Patientin	7	Jahre	2	Monate
1	"	2	"	9	"
1	"	2	"	8	"
1	"	2	"	4	"
1	"	2	"	3	"
1	"	1	"	5	"

Bei einer ist es zweifelhaft, ob sie ein Recidiv (23) hat; sie hatte 5 Monate nach der Operation Granulationen in der Narbe mit Infiltration der Parametrien, lebt aber noch in leidlichem Zustande wie sie sagt.

Es haben Recidive bekommen:

2	Patientinnen	nach	1	Jahr		
1	Patientin	"	1	"	2	Monaten
1	"	"	2	"	8	"
1	"	"			2	"
4	"	"			3	"
2	"	"			4	"
1	"	"			5	"
1	"	"			8	"

Die übrigen 4 sind gestorben resp. unauffindbar.

Es sind 4 Corpuscarcinome, davon nach der Operation bis jetzt noch 2 gesund, 5 Cervixcarcinome mit 2 Heilungen, 1 Cervix- und Portiocarcinom und 15 Portiocarcinome mit 3 Heilungen. Dabei ist zu bemerken, dass Cervix- und Portiocarcinom in den Krankenjournalen vermutlich nicht scharf getrennt wurden.

Bei den Cervix-Portiocarcinomen, deren ferneres Schicksal bekannt wurde, sind 8 Totalexstirpationen gemacht, davon sind 4 gesund geblieben, 4 haben ein Recidiv bekommen nach 5 resp. 4, 4 und 3 Monaten;

9 hohe Amputationen, davon ist 1 gesund, 8 recidivierten nach 2 Jahren 8 Monaten resp. 1 Jahr 3 Monaten, 1 Jahr, 1 Jahr, 7 Monaten, 5, 3 und 2 Monaten.

Mit Hülfe unserer jetzigen Methoden, sagt Winter in einem Aufsatz über Recidive des Uteruskrebses, insbesondere über Impfrecidive, in der Zeitschrift für Geburtshülfe Band XXVII, 1. Heft, sind wir im Stande, fast ohne Gefahr für die Kranke einen jeden auf den Uterus beschränkten Krebs auszurotten, wenn auch oft nur für kurze Zeit. Leider können wir die Recidive nicht immer vermeiden. Mit der Operation selber sind wir auf der Höhe angelangt. Wir müssen andere Wege suchen, um zu noch bessern Resultaten zu gelangen, und diese haben wir einmal in der Stellung der Frühdiagnose und dann dem näheren Studium der Recidive.

Was den ersten Punkt anbelangt, so sei es gestattet auf die beiden Aufsätze von Winter: „Ueber die Frühdiagnose des Uterus-Krebses“ und v. Gusserow: „Erfahrungen über die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankung desselben“ in der Berliner klinischen Wochenschrift hinzuweisen. Die Stellung der Diagnose bei schon längere Zeit bestehendem Krebs ist leicht, dagegen die Frühdiagnose sehr schwierig, aber überaus wichtig. Sie verlangt eine genaue Kenntnis der einzelnen Momente. Nach Fritsch ist vor allem die Differentialdiagnose zwischen Carcinom und einfacher Erosion besonders wichtig. Gutartige Erosionen, als Folge von Wochenbett, finden sich mehr bei jungen Frauen; nur selten leidet das Allgemeinbefinden so stark wie bei Carcinom. Im Röhrenspeculum sieht man bei der gutartigen Erosion oft glänzende Ovula Nabothii. Innerhalb der Erosion giebt es meist keine intacte Schleimhautstelle; grössere, klaffende Risse führen in den Cervicalkanal hinein, das Ganze sieht hoch-

rot aus, hier und da treten schon durch den mangelnden Gegendruck Blutpunkte, aber kein grösserer Blutfluss auf. Die Form der Portio ist im Ganzen erhalten, resp. die Formveränderung ist typisch, aus den einzelnen Stücken der lacerierten Portio kann man sich die Portio gleichsam zusammensetzen. Sticht man mit dem Messer hinein, so ist der Grund ein gleichmässiger, hart und resistent.

Das Carcinom dagegen ist im Beginn meist auf eine Stelle beschränkt, bildet hier eine distincte, kleine, über das Niveau hervorragende Geschwulst und lässt zunächst den anderen grössten Teil des Cervix intact. Sticht man hinein, so ist die Geschwulst im Centrum weich. Fasst man mit einer Muzeux'schen Zange an, so ist die Geschwulst leicht zerreisslich, die bedeckende Haut hängt in Fetzen herum und es quellen beim Zusammenpressen weiche, welke, wurmartige Massen heraus. Auch ein so kleiner Tumor kann zerfallen, sodass ein kleines, wie in die Portio eingefressenes Geschwür kraterförmig zu sehen ist. Hat das Carcinom schon den ganzen Cervix ergriffen, so ist die Knollenbildung deutlich. Dabei ist oft der vaginale Teil der Portio blass und mit Eiterbelag belegt. Ist stellenweiser Zerfall eingetreten, so ist sowohl dem Gefühl als dem Gesichte nach das partienweise, verschiedene Verhalten der Portio auffallend. Streicht man mit dem Finger darüber, so bröckeln kleine Partikel ab und es blutet leicht.

Ist das Carcinom im Cervix entstanden, so ist es, als aus der Schleimhaut hervorgehend, weich.

Hat man irgend Verdacht auf Carcinom, so muss man curettieren resp. eine Probeexcision machen und die Gewebetrümmer einer genauen microscopischen Untersuchung unterwerfen. Bei Carcinom entsteht

ausserdem bei der Probeexcision eine schwer zu stillende Blutung, ferner heilt die Wunde schlecht.

Das Charakteristische des Carcinoms ist das schnelle Wachstum und der schnelle Zerfall, daher darf mit der Operation nicht gezögert werden. Jeder Tag ist ein Verlust. Leider stellt sich das Publikum häufig zu spät zur Untersuchung. Wie Winter sagt, sind Gleichgültigkeit, Angst und Schamgefühl unüberwindbare Gegner der frühen Krebsdiagnose.

Anders ist es nicht mit der Sorglosigkeit mancher Aerzte. Auch sie trägt einen Teil der Schuld, dass so viele Frauen dem Leiden erliegen müssen. Die Carcinomsymptome müssen in höchstem Masse gewürdigt werden; jede Frau, bei der nur der geringste Verdacht auf Krebs vorliegt, genau innerlich untersucht werden. Es sei nur erinnert an die Symptome: Ausfluss und Blutungen. Man lese nur die Arbeit von Ernst Mommsen aus Berlin und man staune, wenn man hört, dass bei 62 Fällen von Uteruscarcinom 15 mal von den consultierten Aerzten innerlich nicht untersucht wurde.

Der zweite Weg, zu besseren Resultaten zu gelangen, ist das genaue Studium der Recidive.

Winter unterscheidet:

1. Locale Recidive oder Wundrecidive, d. h. die Wiederkehr des Krebses an seinem primären Orte oder im Bereich der ganzen bei der Operation gesetzten Wunde.
2. Lymphdrüsenrecidive, d. h. die Wiederkehr der Geschwulst in den Lymphdrüsen an irgend einer Stelle des Körpers.
3. Metastatische Recidive, d. h. die meist auf dem Wege der Blutbahn erzeugte Wiederkehr

der Geschwulst in innern Organen, z. B. Lungen, Muskeln, Gehirn.

König unterscheidet anders:

1. Locales Recidiv, d. h. Wiederkehr der Geschwulst an ihrer ursprünglichen Stelle.
2. Regionäres Recidiv, d. h. die Wiederkehr der Geschwulst in den zugehörigen Lymphdrüsen.
3. Metastatisches Recidiv, d. h. die Wiederkehr der Geschwulst in den nicht zum primären Herde gelegenen Lymphdrüsen, sowie in den internen Organen.

Winter giebt an, dass die König'sche Classificierung mehr unsern heutigen Anschauungen entspricht, findet sie aber insofern nicht glücklich, als sie die Recidive in den Lymphdrüsen, je nachdem sie in der ersten oder in spätern Etappen entstehen, in regionäre und metastatische auseinander reisst; er hält es nach anatomisch-systematischem Gesichtspunkte für richtiger, die Recidive im Lymphgefässsystem den auf dem Blutweg entstandenen Metastasen gegenüberzustellen.

Es ist aber nicht angebracht, die Metastasen zu trennen je nach dem anatomischen System; denn es kann ein Carcinom in fernliegende Lymphdrüsen verschleppt werden, ohne den Weg der Lymphgefässe zu schreiten. Denken wir uns nur, in der Lunge sei eine Metastase entstanden; die Folge davon ist, dass auch die Bronchiallymphdrüsen mit der Zeit von dem Carcinom ergriffen werden, ohne dass dasselbe vom Uterus durch die Lymphgefässe zu den Bronchiallymphdrüsen gewandert sei.

Was die Einteilung von König anbelangt, so ist die Unterscheidung und Bezeichnung regionäres Recidiv und metastatisches Recidiv nicht ganz correct, denn ein regionäres Recidiv ist eben ein metastatisches, was

sich aus der Ableitung des Wortes Metastase ergiebt. Besser ist, das Ganze in 2 Hauptteile zu scheiden, also in

I. Locale Recidive.

II. Metastatische Recidive.

Die zweite Abteilung würde wieder zerfallen in solche Metastasen, die in den regionären Lymphdrüsen liegen, also **regionäre** Recidive, und in solche, die im übrigen Körper liegen, die durch die Circulationsorgane in weiterm Sinne des Wortes, durch Blut- und Lymphbahnen verbreitet werden, also auch **circuläre** Recidive genannt werden könnten.

Nach Winter kommen die circulären Recidive als Metastasen ihrer Häufigkeit nach in der Leber 9 Proz., in der Lunge 7 Proz. und in der Niere 3,5 Proz. in Betracht. Der Uteruskrebs macht eben im Vergleich zu andern Schleimhautkrebsen selten und vor allem sehr spät in inneren Organen Metastasen. Gusserow äussert sich über diesen Punkt folgendermassen:

Der Uteruskrebs macht ziemlich ebenso häufig, wie die anderen Schleimhautcarcinome, Metastasen, aber fast ausnahmlos sehr spät, d. h. lange nachdem wir das locale Leiden erkannt haben, nachdem schon weitgehende Zerstörungen der benachbarten Teile eingetreten sind; eine nicht geringe Zahl verläuft ohne alle Metastasen. Um Metastasen in den Eierstöcken möglichst zu vermeiden, rät Winter, sich bei der Operation die Eierstöcke genau anzusehen.

Bevor wir die regionären Recidive betrachten, möge nach Poirier die Topographie des Lymphdrüsenapparates der Genitalien mitgeteilt werden. Die Lymphgefässe ergiessen sich in drei verschiedene Lymphdrüsenpakete, den Glandulae inguinales, iliacae und lumbales. Die ersten beziehen die Lymphe bei Erwachsenen aus

der Vulva und dem untern Drittel der Scheide, ferner meist auch durch ein grösseres Lymphgefäss vom Horn des Corpus uteri mit dem Ligamentum rotundum durch den Leistenkanal. Die Lymphgefässe des mittleren Drittels der Scheide laufen isoliert und die des oberen Drittels zusammen mit den Gefässen des Cervix zu den Glandulae iliacae; die Scheidengefässe laufen mit dem Scheidenast der Arteria uterina, die Cervixgefässe, meistens 2—3 grosse Stämme von der Weite einer mittleren Arterie mit dem Hauptstamm der Art. uterina.

Die Glandulae iliacae liegen, 2—3 an der Zahl, dicht unter dem Beckeneingang, nahe vor der Art. sacroiliaca, genau in dem Teilungswinkel der Art. iliaca externa und interna. Die oberste ist die grösste und liegt genau in der Spitze des Winkels, während die andern längs und vor der Art. hypogastrica liegen; die Drüse, welche den Strom von den vaginalen Lymphdrüsen aufnimmt, liegt noch etwas tiefer zwischen den Zweigen der Arteria hypogastrica. Die Drüsen hinter dem Foramen obturatorium gehören nicht zu dem uterinen Gebiet, können aber mit ihm anastomosieren. Henle's Angaben stimmen hiermit überein, nur hat er noch einige sehr kleine Drüsen zu beiden Seiten des Fornix vaginae beobachtet, wie Lucas-Championière; Poirier hält sie für ein Convolut von Lymphgefässen, Winter hält sie für Lymphdrüsen, da er bei Carcinomen und entzündlichen Processen kleine verschiebliche, harte Knötchen zuweilen findet. Die erste Lymphdrüsenetappe sind also bei Collumcarcinom und angrenzendem Scheidenteil die Glandulae iliacae.

Die Lymphgefässe des Corpus und Fundus uteri verlaufen am obern Rand des Ligamentum latum, in der Tasche zwischen Tube und Eierstock, 2—3 an der Zahl, mit der Art. spermatica nach oben zur Wirbel-

säule und senken sich hier in die untern Gland. lumbales ein, welche in der Höhe des untern Randes der Niere um die grossen Gefässe herumliegen und einen Teil der retroperitonealen Drüsen bilden. Als erste Etappe bei Corpuscarcinom sind die erkrankten Drüsen nicht im Becken, sondern auf der Wirbelsäule zu suchen; eine Erkrankung der Beckendrüsen ist möglich, da eine grosse Anastomose vom Corpus zu den Cervixgefässen verläuft.

Drüsenerkrankungen gehören, solange das Carcinom noch auf den Uterus beschränkt ist, zu den grössten Ausnahmen und selbst bei erkrankten Parametrien kommen sie nur in einem Drittel aller Fälle vor. (Winter.)

Was die Diagnose anbetrifft, so wachsen nach Wagner die Drüsen durch die carcinomatöse Degeneration bis zur Gänseeigrösse, bleiben aber meist von einer Kapsel umgeben; in einzelnen Fällen war gleichzeitig das die Drüsen umgebende Bindegewebe mehr oder weniger carcinomatös infiltriert.

Es ist bei der Untersuchung der Uteruskrebse das Augenmerk nicht allein zu richten auf die Parametrien, sondern auch auf die oben genannten Drüsen, ganz besonders noch auf die Iliacaldrüsen. Sie zu finden hat man zwei Methoden. Einmal drückt man den Bauch ein, bis man die Linea innominata hat, dann liegen etwas unter ihr, dicht vor der Arter. sacro-iliaca, die harten Knoten. Bimanuell kann man sie nur mit 2 Finger vom Mastdarm aus erreichen, wenn man bis über den Sphincter tertius hinausgeht. Vor Verwechslung der Ovarien muss man sich hüten, dieselben sind etwas weicher, liegen medianer und sind selbst bei Adhaerenzen etwas verschieblicher.

Wir kommen nun zu den localenRecidiven. Unter

ihnen oder Wundrecidiven versteht man das Wiedererscheinen des Krebses in der Wunde oder den Stellen, die während der Operation mit den Instrumenten oder Fingern berührt werden.

Sie entstehen meist aus kleinen Resten, die während der Operation zurückgelassen wurden; sie entwickeln sich zum Beckenbindegewebe hin. Das Carcinom der Portio vaginalis erreicht nach Winter das Beckenbindegewebe vom Scheidengewölbe aus, das Carcinom des Cervix von der Aussenfläche desselben. Peripherisch schiebt sich dann das Carcinom in continuierlichem Wachstum weiter, zunächst auf einer Seite, bald auch auf der anderen; auf einer Seite meist aber weiter. Es erzeugt eine starke Verdickung an der Cervixwand oder auf dem Scheidengewölbe, welche sich vom Mastdarm aus als grosse harte Tumoren anfühlen, welche sich aber bei combinierter Untersuchung von Scheide und Mastdarm aus nur als infiltrierte Wand einer Carcinomhöhle erweisen, welche sich aus dem Cervix und dem angrenzenden Parametrium durch Ulceration gebildet hat. Diese Infiltrationsschale schiebt sich immer weiter gegen die Beckenwand, bis sie dieselbe erreicht hat und sich mit ihr fest verbindet; die Ulceration folgt meist in gleichem Masse, sodass die infiltrierte Wand nicht dicker als 1 cm zu sein pflegt. Bei seinem Vordringen lässt er die vorderen Abschnitte des Beckenbindegewebes frei, wahrscheinlich einer Anordnung der Gewebsspalten zu verdanken, denen sich der Lymphstrom fügen muss. Das Gewebe zwischen Blase und Cervix wird häufig ergriffen. Die Recidive können demnach auftreten zwischen Blase und Cervix, in den hinteren und seitlichen Teilen des Beckenbindegewebes in unmittelbarer Nachbarschaft der Narbe. Im Allgemeinen gehen sie dabei denselben Weg, welchen der

unoperierte Krebs auch einzuschlagen pflegt, d. h. nach der Seite und nach hinten. Dabei fangen sie circumscript an und vergrössern sich durch peripheres Wachstum. Diese localen Recidive lassen sich vermeiden durch enge Indicationsstellung; man operiert nur bei freien Parametrien. Trifft man bei der Operation auf verdächtige Stellen, so hilft man sich z. B. durch Resection der Blasenwand oder mit dem Paquelin.

Es bleibt uns schliesslich noch übrig, uns mit den Impfrecidiven zu befassen. Winter versteht unter Impfrecidiven Recidive, welche aus Krebsmassen hervorgegangen sind, die während der Operation in gesundes Gewebe eingeimpft sind. Die Entstehung eines Impfrecidives setzt aber voraus, dass Krebs gesundes Gewebe inficieren kann. Die Pathologie ist reich an klinischen und anatomischen Thatsachen, welche die Infectiosität desselben wahrscheinlich machen. Es ist bis jetzt nicht gelungen, einen Bacillus zu finden, der Krebs erzeugt. Da die Infectiosität des Krebses von Seiten der Bacteriologie noch keine Stütze erhalten hat, so sind wir vollständig auf klinische und anatomische Beweismittel angewiesen.

Abgesehen von der Generalisation des Krebses durch Lymph- und Blutgefässe hat der menschliche Körper noch andere Kräfte, welche Krebspartikel verschleppen können. Die Secrete und Excrete können lebende Krebskeime an tiefer gelegene Stellen transportieren, wo sie anwachsen und selbstständige Krebse erzeugen, wie man in den Arbeiten von Reichel, Maxon, Erbse u. s. w. sich überzeugen kann.

Wertvoller für den Beweis einer Infectiosität des Krebses sind die Contactinfectionen von Carcinom, wie sie beispielsweise an der Lippe und im Kehlkopf beobachtet werden. Bei diesen Fällen ist nachweisbar das primäre Carcinom längere Zeit mit jener Stelle in Berührung

gewesen, an welcher sich nachher das secundäre Carcinom entwickelt und zwar sind es Stellen, welche in keinem Lymph- oder Blutgefässconnex mit der primär erkrankten Stelle stehen und durch gesundes Gewebe von ihr getrennt sind.

Solche Beobachtungen machten v. Bergmann, Lücke, Hall, Macewen, Fenwik, Shaw, Newmann, Zweifel und Hamburger.

Noch näher stehen dem Experiment eine dritte Reihe von Beobachtungen, die Macewen, Czerny, Henck (Mannheim), Reinke, Fritsch u. s. w. beobachteten. Es handelt sich hierbei um Fälle von secundären Carcinomknoten in Wunden, welche bei der Exstirpation des primären Krebses angelegt worden sind und zwar an Stellen, welche von diesem weit entfernt liegen und mit ihm in keiner Lymph- oder Blutgefässverbindung stehen.

Als letztes Glied in den Beweismitteln für die Infectiosität erwähnt Winter noch das Experiment selbst. Nowinski war der Erste, welchem eine einwandsfreie Impfung gelang.

Aus den klinischen Beobachtungen und aus dem erfolgreichen Experiment giebt es nur einen Schluss: „Dass Krebspartikel, welche vom primären Krebs getrennt worden sind, in gesundem Gewebe desselben Individuums anhaften, weiterwachsen und einen secundären Krebs mit allen malignen Eigenschaften erzeugen können. Was die Infection bewirkt, ob Bacterien, ob Protozoen oder die zelligen Elemente des Krebses, ist noch völlig dunkel. Die Thatsache der Infectiosität steht unwiderleglich fest und mit ihr müssen wir bei den Krebsoperationen rechnen.

Winter teilt sechs Fälle von Carcinomrecidiven mit, welche nur Impfrecidive sein können. Dieselben

hatten grosse Aehnlichkeit mit parametritischen Exsudaten, waren aber thatsächlich carcinomatöse Infiltrationen des ganzen Beckenbindegewebes. Aus erkrankten Drüsen gehen diese Recidive nicht hervor; Winter hat niemals, auch nicht in den Anfangsstadien, daneben grössere Drüsentumoren gefühlt und hat niemals Lymphdrüsenrecidive in solche Bindegewebsrecidive übergehen sehen. Winter beweist nun folgendermassen, warum diese grossen parametranen Bindegewebsrecidive nicht aus einzelnen im Parametrium stehen gebliebenen Krebskeimen hervorgegangen sein können.

1. Keime, welche bei der Exstirpation zurückgelassen werden, können immer nur an denjenigen Stellen zu Recidiven führen, welche der primäre Krebs befällt, d. h. im Bindegewebe zwischen Blase und Cervix und dem seitlichen und hintern Abschnitte des Parametriums.

   Wenn wir nun aber gerade in den vordern Partien und den an die vordere Beckenwand angrenzenden Abschnitten des Beckenbindegewebes ausgedehnte Infiltrationen finden, so können sie nur aus Keimen aufgegangen sein, welche während der Operation dorthin verschleppt wurden.
2. Recidive, welche sich aus einzelnen zurückgelassenen Keimen entwickeln, wachsen verhältnismässig langsam, bilden anfangs kleine Knoten. Recidive aber, welche aus disseminierten Keimen hervorgegangen sind, wachsen unglaublich schnell und entwickeln sich gleichzeitig im ganzen Parametrium.
3. Recidive aus zurückgelassenen Keimen entwickeln sich in der Nähe der Narbe, dagegen Recidive aus dissementierten Keimen haben ihr

Centrum an der Beckenwand und kehren ihren dünnsten Teil der Vaginalnarbe zu.

4. Es wurden aber gar keine Keime zurückgelassen und im Gesunden operiert, wofür die microscopische Untersuchung bürgt. Die Recidive sind aus disseminierten Keimen entstanden.

Ist nun die Infectionsfähigkeit des Carcinoms richtig, so erklärt sich auch zum Teil hieraus die geringere Malignität des Corpuscarcinomes; es kommt eben bei der Operation das Carcinom mit der Wunde nicht in Berührung.

Damit stimmt auch das Resultat Hofmeiers, der versucht hat, die Carcinome nach ihrer Malignität folgendermassen zu gruppieren:

1. Die ungünstigste Prognose inbezug auf Schnelligkeit und Verbreitung bieten die Fälle von grossen Cancroiden der Portio vaginalis; nächstdem die tief in die Cervixsubstanz ulcerierend von der Portio vaginalis eindringenden Carcinome.
2. Eine verhältnismässig gute Prognose bieten die Carcinome der Cervixschleimhaut, sobald die Substanz des Cervix noch nicht ganz zerstört ist.
3. Die beste Prognose bieten die Fälle früher Stadien des Portiocarcinoms, sei es als papillärer Tumor, sei es als Ulceration im Cervix.

Krukenberg hat aus 150 Fällen von Uteruscarcinom aus dem Material der Frauenklinik die Recidive für die verschiedenen Arten berechnet; er fand für Corpuscarcinom 33 Proc. Recidive, für noch nicht weit vorgeschrittenen Cervixschleimhautkrebse 33 Proc., für kleine Blumenkohlgewächse der Portio vaginalis 42,4 Proc., grosse Blumenkohlgewächse der Portio vaginalis 62,5 Proc.

Winter wählte für die Berechung nur solche Fälle aus, wo der Uterus aus freien Parametrien ausgelöst und an keiner Stelle bei der Operation zu fest war, wo das Carcinom nirgendwo an die Schnittfläche heranreichte, sondern noch überall von verschieblichem, weichem Parametrium umgeben war. Also die Infection kann klar erkannt werden.

Von 21 Portiokrebsen 10 Recidive = 50 Proc.
„ 16 Cervixkrebsen 2 „ = 12,5 Proc.

Die Cervixkrebse waren nur im Innern des Cervix.

Aus dem Ganzen folgt aber, wie Winter weiter schreibt, dass der Operatur eine Verschleppung von Krebsteilen vermeiden muss. Dies geschieht einmal dadurch, dass der Krebs während der Operation unberührt bleibt sowohl von den Fingern als den Instrumenten. Solange man in der Nachbarschaft des Carcinomes arbeitet, vor allem bei der Auslösung des Cervix, muss reichlich mit Desinficientien gespült werden.

Zweitens geschieht es dadurch, dass der Krebs vor der Operation derart präpariert wird, dass eine Berührung mit lebendem Carcinomgewebe ausgeschlossen ist. Uteruscarcinome und solche Cervixcarcinome, die sich im Innern entwickelt haben und nicht an die Aussenfläche der Portio vaginalis gekommen sind, werden unmittelbar vor der Operation ausgekratzt und mit ungefähr 2 Liter 1‰ Sublimatlösung ausgespült; dann wird das Os externum zugenäht. Bei Carcinomen der Portio vaginalis und bei Cervixkrebsen, welche nach aussen durchgebrochen sind, ist die Gefahr am grössten und eine besondere Methode am Platz. Winter hat sich nach versehiedenen Erfahrungen für folgende Methode entschlossen: Bis zur Operation täglich mehrmalige antiseptische Ausspülungen; im Beginn der Operation unter Benützung alter Instrumente Abkratzen des

Carcinoms und Glätten der Ränder mit Messer und Scheere unter fortwährender Bespülung mit Sublimat oder Carbol, dann Desinficieren der Carcinomoberfläche mit ½-procentigem Sublimatalkohol und dann sehr gründliches Verschorfen der Oberfläche mit Paquelin. Jetzt erst wird die Kranke desinficiert, indem vor allem die Vagina gründlich ausgerieben und von den noch in ihr liegenden Krebsteilchen befreit wird und jetzt erst machen Operateur und Assistenten die genaue Desinfection ihrer Hände. Es werden ungebrauchte, absolut sterile Instrumente herbeigeholt und die Operation kann beginnen.

Es lassen sich so die Fälle der Recidive durch Frühdiagnose und genaue Operation vermindern. Auf solche Weise kann grosser Segen gestiftet und die Frauen vor einem qualvollen Ende bewahrt werden.

Ein Uebel und seine Ursachen erkennen, heisst auch die Wege zu seiner Heilung und Verhütung klar sehen. Mag immer der Appell an die Aerzte ergehen, genau zu untersuchen, sich aller Hülfsmittel voll und ganz zu bedienen und möglichst früh zu operieren. Mag immer der Appell ergehen an das weibliche Publicum, falsche Scham abzulegen, frühzeitig bei den ersten unregelmässigen Blutungen zum Arzte zu gehen und vertrauensvoll sich innerlich untersuchen zu lassen. Nur so dürfen wir hoffen, dass es unserer Wissenschaft gelingen wird, die Frauen vor der schrecklichen Krankheit zu bewahren und zu retten, vielleicht sogar keine mehr an Carcinom zu verlieren, oder wenigstens die Zahl der unglücklichen Opfer auf ein Minimum zu beschränken.

Es liegt mir die angenehme Pflicht ob, Herrn Geheimrat Professor Dr. Fritsch für die Ueberlassung

des Themas und die Durchsicht der Arbeit, Herrn Assistenten Dr. Pletzer für die überaus liebenswürdige Unterstützung bei der Arbeit selber und deren Durchsicht meinen verbindlichsten Dank auszusprechen. Im besondern meinen Dank Herrn Prof. Dr. Marchand, in dessen Institut im W. S. 1892—93 zu arbeiten mir vergönnt war, desgleichen Herrn Dr. P. Kuborn, durch dessen Erlaubnis und Vermittelung ich im anatomischen Institut von Lüttich arbeiten konnte.

Während des Druckes wurde bekannt, dass die Patientin, deren Leiden unter Nr. 17 beschrieben wurde, am 27. Dezember 1893 gestorben ist.

Litteratur.

Fritsch: Die Krankheiten der Frauen. 5. Aufl.
Gusserow: Ueber Carcinoma uteri; Volkmann's Vorträge A. F. Nr. 18. Erfahrungen über die vaginale Totalexstirpation des Uterus wegen maligner Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 47. 1891.
Henle: Anatomie des Menschen. Band 3. S. 463.
Krukenberg: Die Resultate der operativen Behandlung etc. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gyn. Bd. 23. S. 94.
Richter: Fünfzehn Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus aus der Königl. Frauenklinik zu Königsberg. Königsberg 1891.
Poirier: Lymphatiques des organes génitaux de la femme. Le grogrès médical 1889. T. X. Nr. 47 etc.
Schaller: Die Endergebnisse der unter Schroeder ausgeführten 89 Totalexstirpationen per vag. wegen Carcinoma uteri. Berlin 1890.
Schroeder: Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane Leipzig 1858.
Wagner: Der Gebärmutterksebs. Leipzig 1858.
Winter: Ueber die Recidive des Uteruskrebses, insbesondere über Impfrecidive. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. B. XXVII. Heft I.
Ueber die Frühdiagnose des Uteruskrebses. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 33. 1891.

Lebenslauf.

Felix Kuborn, Sohn des Kassierers der Burbacher Hütte J. P. Kuborn und dessen Gattin Hedwig, geb. Schmitz, katholisch, geboren am 7. Juni 1870 in Luxemburg, Grossherzogtum Luxemburg, besuchte 5 Jahre die Volksschule in Malstatt-Burbach, kam Ostern 1881 in die Sexta des Gymnasiums zu Saarbrücken, machte Ostern 1890 am selben Gymnasium das Maturitätsexamen. Er wandte sich dem Studium der Medicin zu, besuchte im 1. Semester Kiel, im 2. und 3. München; (in den Herbstferien 1891 wurde ihm durch Vermittelung von Herrn Professor Dr. H. Kuborn und Herrn Dr. P. Kuborn, I. Assistenten am antomischen Institut, gestattet, im anatomischen Institut der Universität Lüttich zu arbeiten); im 4. Bonn, machte hier das Physikum, blieb im 5. noch in Bonn und begab sich darauf nach Marburg, wo er die Erlaubnis hatte, im pathologischen Institut des Herrn Prof. Dr. Marchand arbeiten zu dürfen. Das 7. Semester verbrachte er in Berlin und kehrte im 8. nach Bonn zurück, woselbst er am 3. Februar 1894 das Examen rigorosum bestand.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten:

in Kiel: Flemming, Karsten, Reinke, Graf v. Spee;

in München: v. Baeyer, Hertwig, Rüdinger, v. Voit;

in Marburg: Ahlfeld, Küster, Mannkopff, Marchand;

in Berlin: Benda, Fritsch, Grawitz, Gusserow, v. Noorden, Silex, Strassmann, Vogel;

in Bonn: Anschütz, Binz, Bohland, Dietzel, Doutrelepont, Eigenbrodt, Finkler, Fritsch, Geppert, Kekulé, Koester, Leo, Ludwig, Mosengeil, Pelman, Pflüger, Saemisch, Schiefferdecker, Schultze, Strasburger, Trendelenburg, Freiherr v. la Valette St. George, Veit, Witzel.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern meinen herzlichsten Dank!



